

# Prise en charge des accidents d'exposition au risque viral chez l'adulte

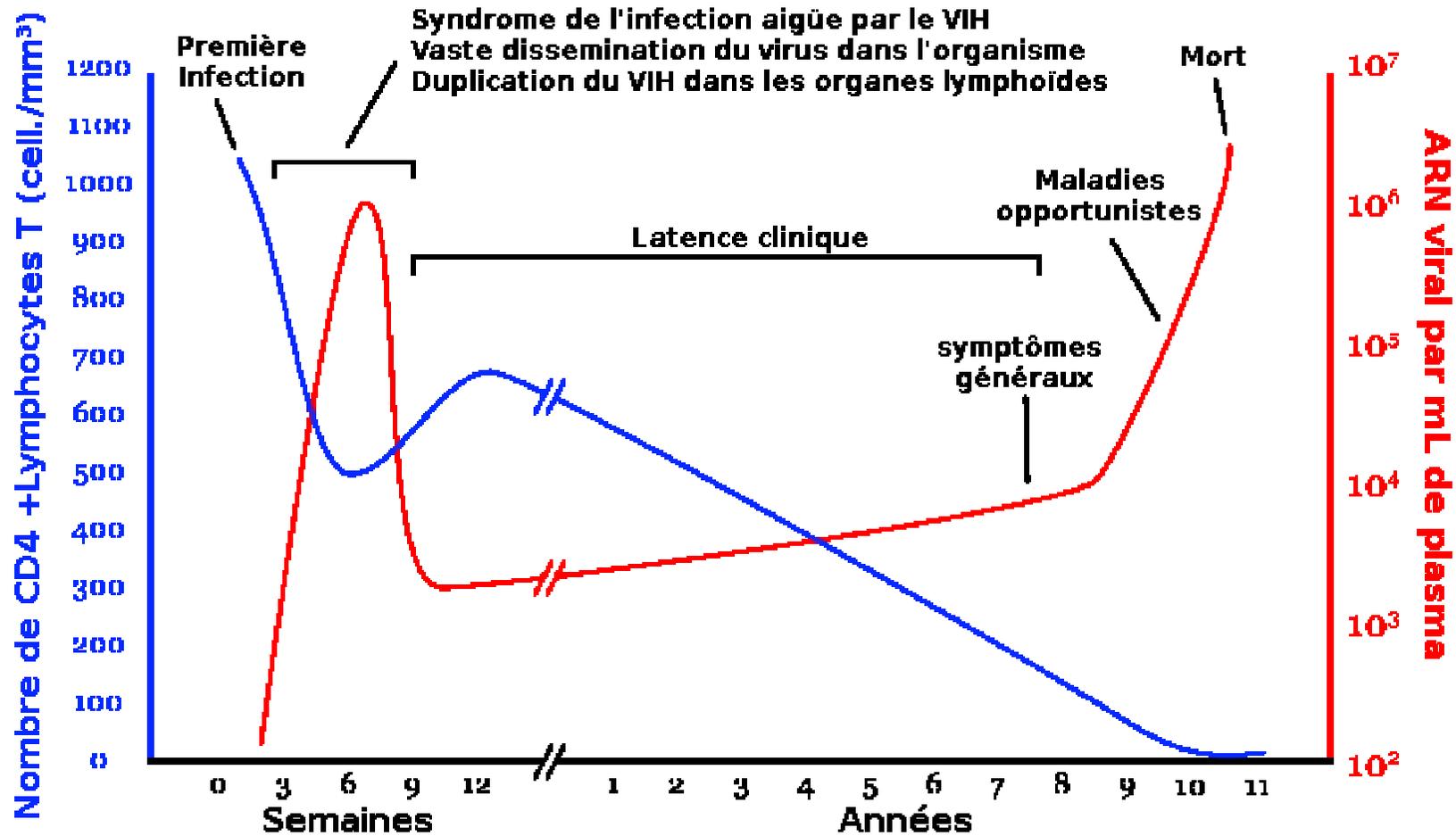
Dr Thierry Messiaen

CHU Pointe à Pitre

Marie-galante le 10 février 2011

# AEV

- AEV professionnels  
(infirmiers, secouristes, pompiers, policiers,...)
- AEV non-professionnels
  - sexuels
  - autres: drogues,...
  - divers: aiguille sur une plage



# Transmission sexuelle et charge virale

- Présence (persistance )du virus dans les sécrétions génitales, même si indétectable au niveau plasmatique
- Primo-infection: période caractérisée par des niveaux élevés de charge virale dans tout l'organisme y compris les compartiments génitaux

# Test de dépistage - VIH

- Recommandation HAS octobre 2008
- Tests Elisa III: suivi jusqu'à trois mois, deux techniques
- Tests Elisa IV: tests combinés de 4<sup>ème</sup> génération: détection AgP24 et anticorps anti VIH1 et 2, une technique

# **Elaboration d'un dossier médical**

- **Identification de la personne exposée**

**Type d'accident, circonstance, date, antécédents, statut vaccinal hépatite B, contraception, niveau social, intellectuel, éducatif**

**Mesures prises**

- **Identification de la personne source**

# Bilan de départ

- Personne exposée:

Sérologies VHB AC-HbS, VHC, HIV, HTLV

Sérologie TPHA, VDRL si AES - sexuel

$\beta$ -HCG

Si décision de mise sous traitement:

NFS-PS, tests hépatiques, glycémie,

fonction rénale, amylase

# Bilan de départ

- Personne source:  
Sérologies VIH, VHB, VHC, HTLV, TPHA, VDRL  
(accord du patient pour la sérologie VIH, hormis les cas où ce consentement ne peut être exprimé)
- Si VIH +, prendre contact avec le service qui prend en charge le patient pour son VIH.

# Résultats personne source

- VIH et AgHbs

Le laboratoire nous fournit les résultats des sérologies VIH et AgHbs dans les heures qui suivent l'AEV

But: décision thérapeutique

# La personne source

- Est essentielle pour la décision de mise sous traitement ou non
- Souvent connue en cas d'AEV - professionnel
- Souvent inaccessible en cas d'AEV - sexuel

# Objectifs du traitement

- Eviter la transmission
- En cas de transmission, effet précoce du traitement sur la constitution du réservoir

# Modalités du traitement Post-exposition

- Limiter la prescription d'ARV là où le risque est patent
  - ⇒ Rechercher activement le statut de la personne source dès que possible
- Le débuter idéalement **dans les 4h suivant l'exposition** (au max 48h après) ⇒ **le traitement doit être accessible +++ : services d'urgence**
- Faire réévaluer l'indication par un médecin référent quand cela n'a pu être fait initialement

# Traitement – Prévention VIH

- Combivir deux comprimés par jour  
Changement récent pour Truvada un par jour  
en mangeant

- Kaletra deux fois deux comprimés par jour

Traitement spécifique si personne source VIH +  
(selon le génotype viral)

# Traitement

- Kit initial de 3 jours puis passage à un traitement complet de 28 jours si indication retenue de poursuivre le traitement
- Effets secondaires: nausées, vomissements, fatigue, diarrhées, douleurs abdominales, céphalées, courbatures
- Biologique: hyperglycémie, hépatite, anémie

# Protection secondaire

- Protection à l'aide de préservatifs avec partenaires sexuels jusqu'aux résultats à six semaines (quatre mois si mise sous traitement).

# En pratique

- Passage aux urgences ou dans le service
- Réévaluation dans le service à 48 heures pour
  - s'assurer que le traitement est bien pris
  - s'assurer que le traitement est bien toléré
  - récupérer les résultats des sérologies de la personne source et du bilan biologique initial de la personne exposée
  - décision de poursuivre ou non le traitement

# En pratique

- Prise en charge dans le service des Maladies Infectieuses au CHU – Ricou bâtiment B de 8 heures à 17 heures
- CHBT de 8 heures à 17 heures
- Prise en charge aux urgences en dehors de ces heures et le week-end

# AEV professionnel – Rapport Yeni 2010

## (1)

- Si patient source séronégatif pour le VIH, pas de surveillance sauf en cas de risque de primo-infection chez la source.
- Si le patient source est séronégatif ou de source inconnue, surveillance sérologique jusqu'à la sixième semaine en l'absence de prescription de traitement et jusqu'à quatre mois en cas de prescription de traitement ARV.
- Cadre réglementaire: contrôle à Trois ou Quatre mois.

# AEV professionnel – Rapport Yeni 2010

## (2)

- Hépatite C: suivi effectué si le patient source est infecté par le VHC et virémique (PCR positive) ou de statut sérologique inconnu. Suivi à J 0, PCR-VHC à six semaines et une sérologie VHC à M3 et à M4.
- Hépatite B: le plus souvent pas de suivi, car les personnels de santé sont sensés être vaccinés avec titre AcHbS > 10 U.I.
- Séro-vaccination Ig anti-HBs et une injection de vaccin dans les 72 heures chez les non-vaccinés ou aux non-répondeurs.

# Suivi

- **Contrôle à 15 jours et 30 jours de post-exposition si mise sous traitement (tests biologiques)**
- **Contrôle à six semaines (sérologies), si pas de mise sous traitement.**
- **Contrôle à deux, trois et quatre mois si mise sous traitement.**

# AEV non professionnel, non sexuel

- Conduite identique à celle de l'accident professionnel

# Accident sexuel

- Suivi dure de quatre mois à six semaines s'il y a eu traitement ou non.
- Il n'est pas recommande de faire un suivi VHC sauf en cas de contact traumatique et/ou sanglant.
- VHB: vaccination et immunoglobulines.

## Traitement des AEV sexuels (diffère si agression ou non)

- Prise en charge en consultation gynécologique ou aux urgences pour constat et réalisation des prélèvements (réquisition)
- Traitement spécifique
- Dépôt de plainte si agression
- Prise en charge psychologique

# Traitement spécifiques

- Si AEV – Sexuel:
  - Zythromax: 4 comprimés en une prise
  - Norlevo un comprimé - Ellaone
  
- Si risque d'infection VHB
  - Gammaglobulines antiHbS
  - Vaccination

# 1. Accident d'exposition au sang

<u>Risque et nature de l'exposition</u> <u>Accidents d'exposition au sang</u>	<u>Source VIH+</u>	<u>Source sérologie inconnue</u>
<b>Important :</b> Piqure profonde, aiguille creuse, dispositif intravasculaire (artériel ou veineux)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
<b>Intermédiaire :</b> Coupure avec bistouri Piqure avec aiguille IM ou s/c Piqure avec aiguille pleine Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact supérieur à 15 mn Morsures profondes avec saignement	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
<b>Minime :</b> Autres cas Piqûres avec seringues abandonnées Crachats, morsures légères ou griffures	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

## 2. Accident après exposition sexuelle

<b><u>Risque et nature de l'exposition</u></b>	<b><u>Source VIH+</u></b>	<b><u>Source sérologie inconnue</u></b>
<b><i>Rapports anaux</i></b>	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée si rapport homosexuel masculin quelque soit le résultat du TDR.
<b><i>Rapports vaginaux</i></b>	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque
<b><i>Fellation</i></b>	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque.

### 3. Après exposition chez usagers de drogues

<b><u>Risque et nature de l'exposition</u></b>	<b><u>Source VIH+</u></b>	<b><u>Source sérologie inconnue</u></b>
<b><i>Important</i></b> : Partage de l'aiguille, de la seringue et ou de la préparation	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
<b><i>Intermédiaire</i></b> Partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée

# Quelques chiffres chez les professionnels de santé

- Incidence en 2004 : 8.9 pour 100 lits, rapporté au nombre de lits d'hospitalisation en France cela porterait à **41 276 AES professionnels.**
- Dans 52.5% des cas **lors de l'élimination du matériel**
- Risque de séroconversion après exposition percutanée 0.32% (soit 10 fois + faible qu'après exposition cutanéomuqueuse)
- En Décembre 2004 : 13 séroconversions professionnelles documentées (toutes survenues après piqûre avec aiguilles de gros calibre contenant du sang) et 32 présumées.

# Quelques chiffres

- Ile de France, 2009, plus de 5000 AEV ont conduit à un recours aux urgences.
- De 2004 à 2009, doublement du nombre de recours aux urgences.
- Bichat, urgences:  
AEV: surtout les soignants, usagers de drogue  
< 1%, taux de prescription des ARV de 51 %.

# Conclusion

- Dispositif efficace
- Suivre les recommandations
- Ne pas oublier les hépatites
- «Urgence» médicale

Traitement au plus tôt et endéans les 48 heures, idéalement dans les quatre heures.

# Prévalence hépatites en France au niveau national

- VHB: 0.65 % (plus élevée en Guadeloupe)
- VHC: 0.84 %

## Risque de transmission par piqûre transcutanée

- VIH: 0.32 %
- VHB: 6 à 45 %
- VHC: 0.3 à 10 %

## Risque de transmission sexuelle

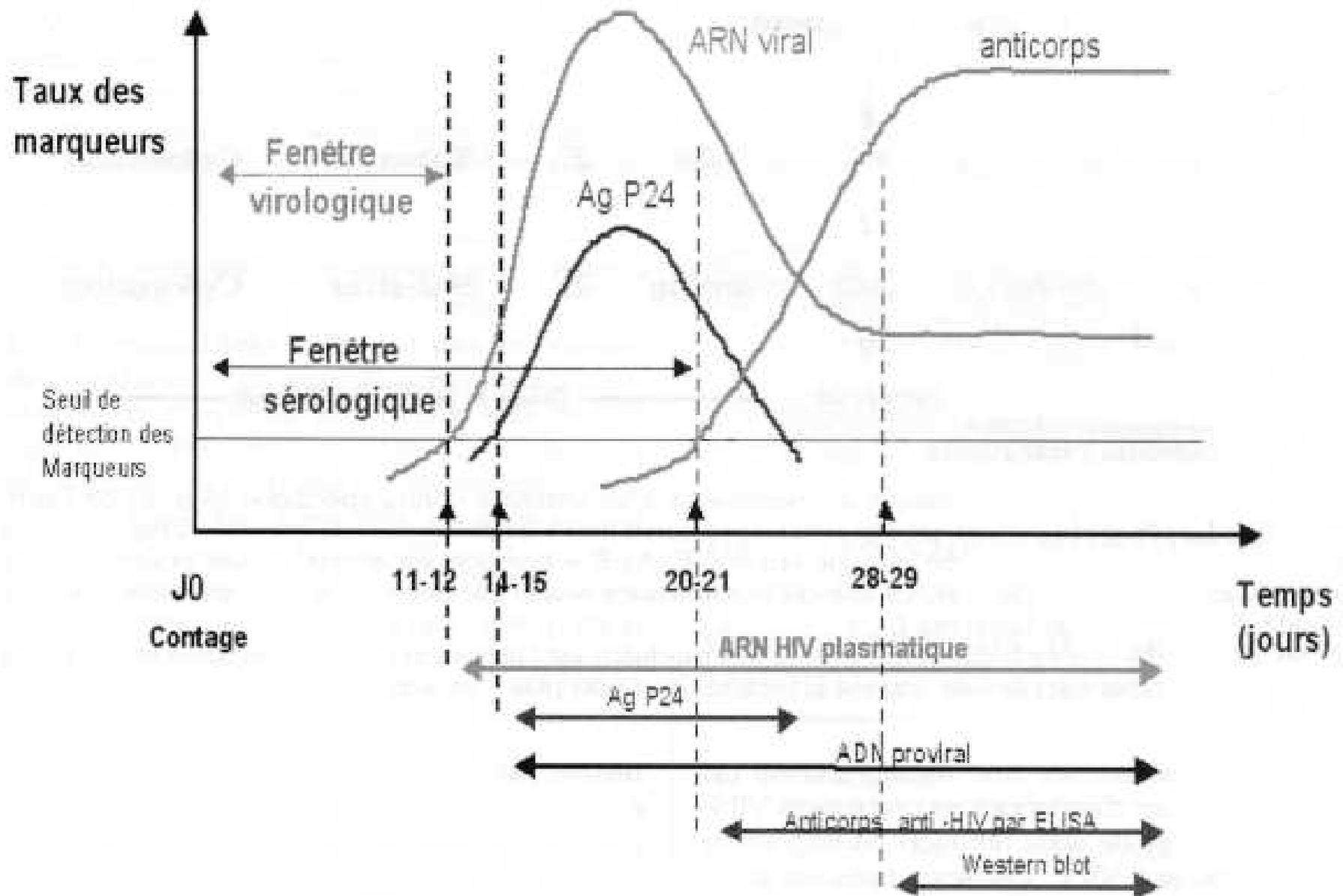
- VIH: - rapport oral: 0.04 %
  - rapport anal réceptif: 0.82 %
  - rapport vaginal: 0.1 %
- VHB: estimation risque mal connu
- VHC: faible

# Toxicomanie IV

- VIH: 0.67 %

# **Test de dépistage rapide**

**Figure 1. Cinétique d'apparition des anticorps anti-VIH**



# Tests de dépistage

- Test de dépistage sanguin, Elisa IV:  
Détection combiné Ag P24 et Ac Anti-VIH  
Fenêtre de six semaines
- Test de dépistage rapide  
Réalise par goutte capillaire  
Résultat en quelques minutes  
Mais fenêtre d'incertitude de trois mois



# TDR

- Quid de l'accessibilité à Marie-Galante?
- Fenêtre de trois mois et non pas six semaines comme les tests combinés.

# Kit d'urgences à Marie-galante